

産大法学 46巻2号 (2012.11)

介護保険の課題（上）

——地域包括ケアの可能性と問題点——

芝 田 文 男

I はじめに

介護保険制度が2000年に施行されてから12年目である。現時点（2010年）でも日本は世界最高の高齢化率（65歳以上比率22.8%）だが、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口（中位推計）によれば2060年には39.9%となっている。介護保険の要支援・要介護認定者数は2010年には506万人に増え、サービス利用者数も2010年度で402万人を超え、一定の定着をみており、介護保険に要する費用（自己負担を含む）は2010年度は7.6兆円となっている（後述表Ⅱ-6）。

この論考では、まずⅡで、介護保険の現状と将来に向けた課題について、厚生労働省等の各種統計と関西大学研究班に加わり行った関西の介護保険事業である各市町村の第一線担当者のアンケートの概要から分析する。

Ⅲでは介護政策の国際比較と様々な評価を通じて、日本の介護保険政策の特徴の分析と近年目指そうとしている方向性である「地域包括ケア」の内容と課題をみたい。

Ⅳでこれまでの小括を行い、今後、「介護保険の課題（下）」として「地域包括ケア」の目指すべき施策の実施状況と課題について秋に関西の各市町村にアンケート調査を行うとともに、いくつかの自治体でヒアリング調査を行った状況をとりまとめる計画であることを述べる。

Ⅱ 介護保険の現状と課題——各種統計と関西市町村アンケート調査の分析から

1 調査・分析の方法

まず各種統計と関西6府県（大阪府、京都府、兵庫県、滋賀県、奈良県及び和歌山県）とその196の市町村及び介護保険を運営する広域連合の介護保険担当課のアンケート調査の結果から介護保険の現状と課題について分析を行いたい。

アンケート調査は関西大学の研究班に参加して2011年に行った調査で、⁽¹⁾これまでの制度改正等への評価、現在及び将来の課題、2011年改正の内容や、そこで見送りとなった負担の見直しに関わる改正内容について、それぞれいわれている代表的な肯定的・否定的な見解について、a 思う。b どちらかといえば思う、c どちらかといえば思わない、d 思わないという選択肢から、第一線担当者⁽¹⁾の見解として意見を聴いている。各自治体に3通ずつ送り、管理職、補佐・係長、担当者、事務職や専門職等様々な立場の人の見解として送ってもらうように依頼した。自治体によって1通から3通の回答があり、各担当者の見解を総合化した傾向を反映していると思われる。

表Ⅱ-1 関西市町村・府県介護保険担当者アンケート回答状況

	対象数	回答 自治体数	回答率	回答 アンケート数
関西府県	6	2	33%	4
政令市・中核市・ 10万以上市	40	21	53%	43
10万未満市町村	156	78	50%	171
市町村 計	196	99	51%	214
総計	202	101	50%	218

出典：筆者作成

2 制度創設からこれまでの制度の成果

(1) 制度創設のねらいに対する実現度の評価

近年、高齢化の進展や医学の進歩により、要介護の状態となる者が増加し、かつ介護期間が何年にもわたる場合があり、家族等の介護者の負担が大きかった（表Ⅱ-2）。

かつて、老人の介護は同居家族のしかも息子の配偶者である嫁の役割のように言われ、老人福祉は身寄りのない恵まれない低所得の老人に選別的に対応するものと思われていた時代もあったが、厚生労働省の国民生活基礎調査によると、要介護者のいる世帯の中で単身世帯の割合が増加し、三世帯同居世帯の割合は減少している。主な介護者も家族内では同居の配偶者や子どもの比率が高く、子の配偶者の比率は下がっている。さらに高齢の配偶者による老々介護の比率も増加している（表Ⅱ-3～Ⅱ-5）。

それに対して、従来の老人福祉法に基づく措置制度では行政が一方的にサービス提供者やサービス内容を決め選択の余地がないこと、サービス提供者が地方自治体や社会福祉法人に限定されていること、財源が国と地方

表Ⅱ-2 平均寿命と健康寿命の差（日常生活に支障のある年数≡介護要する年数）

	平均寿命	健康寿命 (日常生活に支障ない年齢)	差 (≡要支援・介護期間)
男性	79.55 年	70.42 年	9.13 年
女性	86.30 年	73.62 年	12.68 年

注1 平均寿命 厚生労働省「平成22年完全生命表」

注2 健康寿命 厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

表Ⅱ-3 要介護者のいる世帯の構成

	単身世帯	核家族		3世代世帯	その他	高齢者世帯 * 高齢者のみ又は 高齢者と未成年者
			再掲 夫婦のみ			
2001	15.7%	29.3%	18.3%	32.5%	22.4%	35.3%
2010	26.1%	31.4%	19.2%	22.5%	20.1%	47.0%

表Ⅱ-4 主な介護者の割合

	同居の親族					別居の親族	介護事業者	その他	不詳
		配偶者	子	子の配偶者	その他				
2001	71.1%	25.9%	19.9%	22.5%	2.7%	7.5%	9.3%	2.5%	9.6%
2010	64.1%	25.7%	20.9%	15.2%	2.3%	9.8%	13.2%	0.7%	12.1%

表Ⅱ-5 要介護者と主たる介護者が老々介護である割合

	65歳以上どうしである割合	75歳以上どうしである割合
2001	40.6%	18.7%
2010	45.9%	25.5%

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

の税であり予算の制約からサービス供給が伸びないことなどの問題があった。そこで、介護保険という社会保険の仕組みをつくり保険財源を入れることで、①老人介護について社会の相互扶助の仕組みを作り、家族の負担を軽減する、②民間を含めた多様なサービス主体の参入を認め、事業者と契約を結ぶことで選択の余地を増やす、③税財源の制約を緩和し介護サービス量を伸ばす、ことがねらいとされた。また、市町村が介護保険事業計画を立てて必要な介護保険の給付量を算定し、それに応じて市町村住民の1号保険料の水準を決定することから、④市町村独自の制度設計が可能になると言われた。さらに、介護保険制度の創設前は、老人病院などの社会的入院が多かったが、居宅介護サービスや介護施設、医療より介護人員を強化した介護療養病床の創設により、⑤社会的入院が減少し、医療費が適正化される効果もある、といわれた。⁽²⁾

介護サービス自体の伸びは表Ⅱ-6にあるように目覚ましく、要介護認定者数は2010年度で506万人となり、認定率も2004年から16%台で推移している。サービス受給者も居宅サービスが124万人から302万人と2.4倍、施設サービスが60万人から84万人と1.4倍、そこに2006年から創設された地域密着型サービスの受給者26万人が加わり、サービス受給

者の合計は184万人から402万人と2.2倍に増加している。これに伴い介護保険総費用も3.6兆円から7.6兆円と2.1倍の伸びであり、1号保険料も2,911円から4,160円と1.4倍となっている。

介護事業者も施設においては現在も介護老人福祉施設は社会福祉法人、老人保健施設や介護療養病床は医療法人などに限定されているが、主要な居宅サービスは多様な主体の事業者が増加し、民間比率も増加している(表Ⅱ-7)。

このような状況を市町村等の介護担当者はどのように評価しているかについて、前述のアンケート調査結果をみると(図Ⅱ-1)、①家族の負担軽減、②多様なサービス主体の参入による選択の幅の増大については、思う、どちらかといえば思うといった肯定的回答が7～9割となっているの

表Ⅱ-6 介護保険制度の発達

	2000年度	2010年度
1号被保険者数(65歳以上) a	2,242万人	2,910万人
要介護(支援)認定者数 b (b/a%)	256万人(11.4%)	506万人(16.9%)
居宅サービス受給者数 c (c/a%)	124万人(5.5%)	302万人(10.4%)
地域密着型サービス受給者数 d (d/a%)	—	26万人(0.9%)
施設サービス受給者数 e (e/a%)	60万人(2.7%)	84万人(2.9%)
介護サービス受給者合計 f (f/a%)	184万人(8.2%)	402万人(13.8%)
介護保険総費用	3.6兆円	7.6兆円
1号保険料(全国平均)	2,911円	4,160円
2号保険料(被保険者1人当たり給付金)	2,410円	4,187円

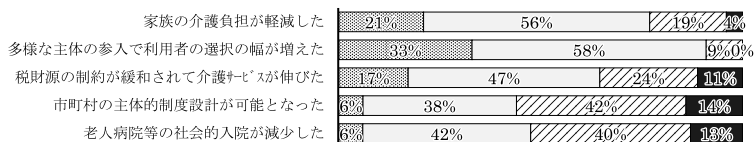
出典：厚生労働省『介護保険事業報告』、厚生労働省発表資料より筆者作成

表Ⅱ-7 主要な居宅サービスの事業者数と設置主体別比率の推移 2000年→2010年

	事業所数	社会福祉法人立	営利会社立	NPO法人立
訪問介護	12,305→26,889	43.2%→24.9%	30.3%→57.3%	2.1%→5.7%
通所介護	8,198→26,028	66.0%→39.1%	4.5%→43.7%	1.3%→5.4%

出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より筆者作成

■思う □どちらかといえば思う ▨どちらかといえばそう思わない ■思わない



図Ⅱ-1 市町村アンケート：介護保険制度創設のねらいの達成度評価
出典：アンケート調査結果より筆者作成

に対し、③税財源の制約がなくなりサービス量が増えたは64%とやや少ない。地方負担分や1号保険料の引上げに近年苦勞しているためかもしれない。④市町村の主体的制度設計が可能になった、⑤社会的入院が減少した、はむしろ否定的見解の方が大きい。計画の作り方等国の様々な指導が入ることや財政の制約から市町村等では制度設計にさほどの自由度を感じていないためと思われる。また療養病床については、介護保険法成立時（1996年）はすべて介護保険で引受けることを予定していたが、制度施行の2000年度までに療養病床数が予想以上に増え、創設時から、医療保険の対象となる医療療養病床と介護保険の対象となる介護療養病床の2つの療養病床ができたことや、2008年度改正の介護療養病床廃止がうまく進んでいないことが影響しているものと思われる。

利用者である国民の評価としては、2010年2月-3月に厚生労働省が行った「介護保険制度に関する国民の皆様からの意見募集」では、大いに評価と多少は評価を合わせると60%が評価している。また内閣府の世論調査「介護保険制度に関する世論調査」（2010年9月）では、「自分自身が老後に寝たきりや認知症になるかもしれないと、不安に思うことがあるか」に対して、「ある」が75.1%（「よくある」27.7%+「時々ある」47.4%）であり、介護制度導入の効果について「良くなった」が51.3%（「良くなったと思う」13.1%+「どちらかといえば良くなったと思う」38.2%）であり、良くなったと思われることは何かという質問には、「家族の負担が軽くなった」54.8%、「介護サービスを選択しやすくなった」50.2%、「家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるよ

うになった」33.8%、「介護サービスの質が良くなった」33.4%、「介護が必要となっても現在の住まいで生活が続けられるようになった」32.5%、「介護サービス事業者を選択しやすくなった」32.4%となっている。（複数回答、上位6項目）

（2）地域による違い

介護保険は前述のように市町村が主体となり、その地域のニーズに応じてサービス給付量とそれに見合う1号被保険者の保険料を3年ごとに設定することになっている。既にほとんどの市町村で2012-14年度の保険料水準が決定されたが、高齢化や介護従事者不足を解消するための介護報酬の引上げ（2012年1.2%引上げ）の影響もあり、全国平均で2009-2011年度の4,160円から4,972円に上昇している。関西各府県の平均保険料は高い順で和歌山県5,501円、大阪府5,306円、京都府5,280円、兵庫県4,982円、滋賀県4,796円、奈良県4,582円となっており、市町村ごとにはより大きな差がある。これは各市町村の給付量の差を反映しているといえるが、その背景にはまず、第一に、要介護認定率（1号被保険者に対する要支援・要介護認定者の比率）の差がある。関西各府県は全国平均（2010年度末厚生労働省「介護保険事業状況報告」）の16.9%より高い所が多く、和歌山20.7%、大阪府18.7%、京都府18.1%、兵庫県17.8%、奈良県16.3%、滋賀県16.1%と、滋賀県と奈良県の入替わり以外は平均保険料の高さの順と似た傾向を示す。要介護認定率は、表Ⅱ-8のように全国平均でみると年齢が高くなるほど要介護の原因である脳血管の破裂、認知症、老衰の発生率が高くなる傾向にあり、60代後半では2.6%だが90歳以上では68%にも達する。

しかし、高齢化率・後期高齢化率が高い郡部ほど保険料水準が高いとい

表Ⅱ-8 年齢別要介護認定率

65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
2.6%	6.3%	13.9%	26.9%	45.9%	68%

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」

う傾向は示してはいない。医療と異なり介護は日常生活上の世話であり、家族の負担で代替が利くため、①郡部で比較的三世帯同居率が高いと軽度における認定を受けないことも含めサービス利用が低くなり、逆に都市部は単独世帯率が高く認定率・サービス利用が高い傾向がある。また、②かつての低所得高齢者に対する老人福祉の流れや、家の中を他人に見られたくないといったことからくる福祉サービスを受けることの恥辱感（福祉用語でいう「スティグマ」）から地方によっては利用をためらう傾向もある。介護保険はサービス対価である保険料を払っており、税財源で事実上低所得者主体であった措置制度時代の老人福祉の頃と違って全国的にこの意識は急減している。特に関西地域では経済的合理性を重んじる県民性が強い

表Ⅱ-9 関西各都道府県の上位2保険料市町村の認定率・高齢化率・サービス受給者（全体・施設）の1号被保険者に対する比率

		保険料	認定率	高齢化率	75歳以上 比率	サービス 給付率	施設 受給率
滋賀1	甲良町	5,540 円	19.5%	24.5%	12.1%	16.1%	3.5%
滋賀2	大津市	5,150 円	17.8%	20.5%	10.0%	15.3%	2.3%
京都1	精華町	5,850 円	15.6%	16.4%	6.7%	13.8%	2.9%
京都2	和束町	5,667 円	17.6%	33.2%	17.2%	14.8%	4.9%
京都3	京都市	5,440 円	19.7%	22.9%	11.0%	16.3%	3.1%
大阪1	大阪市	5,897 円	21.8%	23.5%	10.8%	17.4%	2.7%
大阪2	泉佐野市	5,578 円	22.1%	21.5%	9.7%	16.9%	2.3%
兵庫1	加東市	5,600 円	18.3%	22.4%	11.7%	15.9%	3.4%
兵庫2	養父市	5,450 円	20.2%	33.1%	20.1%	19.5%	5.1%
奈良1	大淀町	5,656 円	21.7%	24.3%	12.8%	16.2%	5.0%
奈良1	下市町	5,510 円	25.1%	35.2%	19.8%	17.5%	5.1%
和歌山1	九度山町	5,996 円	25.2%	36.7%	20.2%	20.6%	5.1%
和歌山2	紀美野町	5,900 円	23.6%	37.9%	23.5%	20.3%	5.3%

出典：保険料：厚生労働省「第5期介護保険1号保険料調べ」、高齢化率：国立社会保障人口問題研究所「市町村人口推計」（2005）、認定率・サービス・施設受給率：厚生労働省「介護保険事業報告」（2011年12月分）

と言われているのでサービスを受けることに負い目を感じる率は低い可能性がある。さらに③要支援前から予防事業を地域ぐるみで積極的に行うことで埼玉県和光市のように認定率が2011年で10.2%にとどまっているといった予防による成功例がみられる場合がある。最後に④要介護認定は、調査員の調査結果をコンピューター分析する一次審査と医師診断書を福祉・保健等の専門家が審査する二次審査で評価するが、地域的に多少の評価の厳しさ緩さの差があり得る。

第二に、サービス受給額が高い市町村が高くなる傾向がある。一人当たり給付額が高い施設、特に医師・看護師が多く配置される介護療養病床が多いと給付費は高くなり、その結果保険料も高くなる。

3 医療・介護の将来見通しと市町村アンケートにみられる諸課題

(1) 医療・介護の将来見通し

(a) 高齢化に伴う介護需要の増大

現政権が社会保障・税一体改革を行う前提として、厚生労働省が2011年6月に行った「医療・介護に係る長期推計」の概要は表Ⅱ-10のとおりである。2025年の姿として、現在の年齢階級別の各サービス受給率を将来の高齢化の状態に投影した現状投影シナリオでは入院が約30万人増えるのに対して、改革シナリオではこれを抑え、社会的入院等の入院を短期化し介護特に在宅介護・在宅医療を充実する。介護の中でも比較的重装備な施設は重度者に重点化し、居住系施設や在宅介護を充実するとしている。また、介護予防等を充実することで現状投影シナリオに比べてサービス利用者数を3%程度減少させるとしている。

医療・介護費用の名目額の推計は経済成長率の推計に左右されるためあたらなことが多く、対GDP比率でみた方がずれが少ないが、2025年において介護は約2倍程度の費用が必要ということになり、現行制度の15%程度の自己負担の額も倍程度の負担、介護保険料も現在の5,000円弱の倍の月額1万円弱の保険料負担が必要になることになる。税の方も前述「医療・介護に係る長期推計」で公費分が2015年の46.5兆円から61兆円

表Ⅱ-10 2025年の医療・介護需要・供給推計

	2011 年	2025 年	
		現状投影 シナリオ	改革 シナリオ
〔急性期〕 高度急性期 一般急性期 亜急性期・回復期等	80 万人／日	97 万人／日	16 万人／日
			33 万人／日
			[80 万人／日] 31 万人／日
長期療養（慢性期）	21 万人／日	31 万人／日	25 万人／日
精神病床	31 万人／日	34 万人／日	24 万人／日
〔入院計〕	133 万人／日	162 万人／日	129 万人／日
外来・在宅医療	794 万人／日	828 万人／日	809 万人／日
うち在宅医療	17 万人／日	20 万人／日	29 万人／日
介護施設	92 万人／日	161 万人／日	131 万人／日
介護老人福祉施設	48 万人／日	86 万人／日	72 万人／日
介護老健（老健＋介護養）	44 万人／日	75 万人／日	59 万人／日
居住系	31 万人／日	52 万人／日	61 万人／日
特定施設	15 万人／日	25 万人／日	24 万人／日
グループホーム	16 万人／日	27 万人／日	37 万人／日
在宅介護	304 万人／日	434 万人／日	449 万人／日
うち小規模多機能	5 万人／日	8 万人／日	40 万人／日
うち定期巡回・随時対応	—	—	15 万人／日
介護利用者 総計	427 万人／日	647 万人	641 万人／日

出典：厚生労働省「医療・介護に係る長期推計」（2011）

表Ⅱ-11 医療・介護費用見込み

	2011 年度	2025 年度	
		現状投影 シナリオ	改革シナリオ 〔対 GDP 比率 2011 年倍数〕
医療 名目額 〔対 GDP 比率〕	39 兆円 (8.1%)	60-61 兆円 (9.9-10%)	61-62 兆円 (10.1%) [1.24 倍]
介護 名目額 〔対 GDP 比率〕	9 兆円 (1.8%)	17 兆円 (2.9%)	21 兆円 (3.5%) [1.94 倍]

出典：厚生労働省「医療・介護に係る長期推計」

表Ⅱ-12 将来推計人口による要介護認定者数と介護サービス受給者数の機械的推計

	65 歳 以上 (万人)	65-69 歳 (万人)	70-74 歳 (万人)	75-79 歳 (万人)	80-89 歳 (万人)	90 歳 以上 (万人)	要介護 認定者数 (万人)	介護 サービス 受給者数 (万人)
2010	2,925	804	714	587	683	137	491	412
2025	3,657	707	771	840	1008	331	774	647
2040	3,868	887	758	647	1020	556	909	764-818
2050	3,768	663	720	786	1078	521	917	770-825
2060	3,464	562	566	591	1162	583	951	799-856

出典：各年齢層の推計人口は国立社会保障人口問題研究所の「将来推計人口（2012）」の出生中位・死亡中位推計による。

要介護認定者数、介護サービス受給者数はいずれも1号被保険者分のみで2010年は実績、2025年のサービス受給者数は表Ⅱ-10の「医療・介護に係る長期推計」の現状投影シナリオ、2040-2060年の要介護認定者数は年齢層別推計人口に表Ⅱ-8の比率をかけて機械的に推計。介護サービス受給者数は要介護認定者数に2010年の比率の84%及び90%をかけたもの。90%と比率を高くしたケースも加えたのは後期高齢者の比率が高まり要介護度が重度化することや、家族構成が単身・夫婦のみ高齢者世帯が増加すると思われることからサービス受給者の比率が高まることが予想されるため。

に14.8兆円増加している。消費税の1%相当分の税収が2011年で2.5兆円からGDPの増加率に比例して増加すると仮定すれば2025年には3.14兆円となるので、機械的に割れば4.6%となり、2015年の10%から消費税⁽³⁾はさらに5%近く引上げる必要が生じることになる。

2025年は高齢化の途上であり、表Ⅱ-12によれば65歳以上人口は2040年頃にピークとなる。しかし、80歳台や90歳以上という認定率が飛躍的に高まる年齢層は2060年まで増えていくため、年齢別の認定率をあてはめた機械的推計によれば、認定者数やサービス受給者数も日本全体では増加すると思われる。

介護保険制度が創設されたころの介護イメージは体の自由が利かない者への生活支援・身体介護であったが、かなり初期から認知症高齢者の問題が意識され始めた。認知症の程度は自立度Ⅱ（日常生活や意思疎通に多少困難はみられるが誰かが注意していれば自立できる）、自立度Ⅲ（日常生

表Ⅱ-13 認知症の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数推計と
65歳以上人口に占める比率

	2010	2015	2020	2025
自立度Ⅱ以上	280 万人 (9.5%)	345 万人 (10.2%)	410 万人 (11.3%)	470 万人 (12.8%)

出典：厚生労働省高齢者支援課公表資料（2012年8月24日）

活に支障きたす症状・困難・意思疎通の困難がみられ介護を要する）などがあるが、アルツハイマーや脳血管疾患で高齢化とともに今後自立度Ⅱ以上の認知症高齢者の増大が予想される。表Ⅱ-13は2012年8月24日に厚生労働省が発表した推計だが、2003年に「高齢者介護研究会報告書」で推計されていた数字が2010年208万人（65歳以上人口比率7.2%）、2025年323万人（同9.3%）、2045年378万人（同10.4%）だったのと比べて大幅に増加し、2025年の新推計値は2003年推計で2045年の推計値としていた数字をも上回っている。認知症の早期発見や恥ずかしく隠すものといった意識が改善されてより実態が明らかになったことが原因として大きいと思われるが社会に対する影響は大きい。

自立Ⅱでは要介護にいたらない軽度の者もあるが見守りが必要となり、判断力の衰えを補う成年後見が必要となる。自立Ⅲでも指導・見守りによって日常生活動作の中でできることがあるが、時に暴言・暴力・徘徊・拒絶・不潔行為・抑うつ・不安・幻覚・妄想等のBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 認知症による行動心理障害）を起こすことがあり、認知症高齢者と顔見知りの関係の中でその特徴を踏まえた個別ケアを行うなど従来の介護とは異なる対応が必要となってきた。

(b) 都市部、郡部の課題

地域別に見れば社会保障人口問題研究所の都道府県人口の推計によると、2025年の65歳以上人口の増加数の上位都道府県は、①東京都74万人、②神奈川県64万人、③埼玉県58万人、④大阪府、愛知県が同数4位の46万人であり、75歳以上の後期高齢者人口の増加でみると①東京都85

万人、②神奈川県 71 万人、③大阪府 69 万人となっている。都市部の元々大きい人口が高齢化することによる急速な需要の伸びが予測されており、これらの地域では家族の三世代同居率も低く高齢者単独、高齢者夫婦のみ世帯が同時に増加すると予想されるため、介護保険に対するニーズはさらに高まると思われる。他方、土地代は高いため立地の制約があり、いかに効率的に介護サービスの基盤を整備できるかが課題になると思われる。

地方郡部では現在でも高齢化は進んでおり、要介護高齢者の数自体はあまり増えないが、過疎化と少子化で支える人間が減少し、老老介護や限界集落など地域社会の維持自体が困難となるおそれが高まると思われる。他方、年金や介護保険などの社会保障給付は都会から地方への所得移転の手段でもあり、介護産業が適切に発達することは、特に地方にとっては雇用機会の創出や地域経済の下支えとなる面がある。

(c) 介護人材の不足

介護職員は2007年までの7年間で2000年 54.9 万人が2009年 134.3 万人と倍以上に増加している。しかし、2003年、2005年、2006年の介護報酬改定で施設や居宅の軽度者の報酬単価の引下げを行った結果、介護職員の処遇は改善せず、非常勤職員の割合も高くなっている（表Ⅱ-14）。

2009年の離職率は全産業平均で16.4%だが介護職員は17.0%とやや高く、特にパートでない一般労働者では全産業平均12.9%に対して介護職員は17.2%と高い（全産業：厚生労働省『雇用動向調査』、介護職員：(財)介護労働安定センター『平成21年度介護労働実態調査』）。

2010年の賃金（きまって支給する現金給与額）については一般労働者で全産業平均32.3万円であるのに対して、ホームヘルパーは21.1万円、福祉施設介護員は21.5万円と低いことが背景にあると思われる（厚生労働省『平成22年度賃金構造基本統計調査』）。

前述の2025年の介護需要に対応するには、現状投影シナリオ、改革シナリオともに表Ⅱ-15のように1.5～1.8倍の職員増加が必要となるが、少子化による労働人口減少の中で、人員を確保できるかが問題である。

表Ⅱ-14 介護職員数

	全体 (2009年10月1日現在)	介護保険施設	居宅サービス等
合計	134.3 万人	34.6 万人	99.7 万人
常勤	79.9 万人 (59.5%)	28.5 万人 (82.4%)	51.4 万人 (51.6%)
非常勤	54.5 万人 (40.5%)	6.1 万人 (17.6%)	48.4 万人 (48.4%)

出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』

表Ⅱ-15 必要となる介護職員数の推計

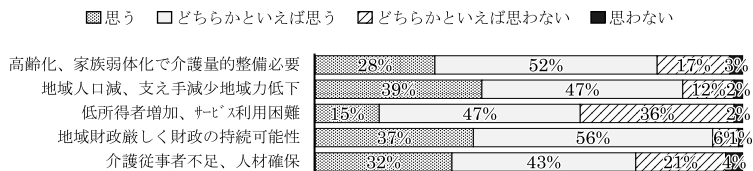
	2011 年	2025 年	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ
介護職員	140 万人	213-224 万人	232-244 万人
介護その他職員	66 万人	100-105 万人	125-131 万人
合 計	206 万人	313-329 万人	357-375 万人

出典：厚生労働省「医療・介護に係る長期推計」(2011) 介護その他職員にはケアマネージャー、相談員、OT、PT などのコメディカル職種を含む。

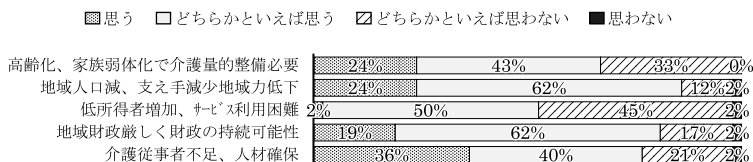
(2) 市町村等担当者の介護保険制度運営の総論的課題についての評価

市町村等担当者の制度運営の課題についての意見を、全体と、人口10万以上の都市部と10万未満の郡部で比較してみた(図Ⅱ-1～図Ⅱ-3)。

(1) で述べた推計によれば将来的には都市部の量的整備が問題となると思われるが、現状では郡部の高齢化の需要増が多いためか郡部の方が高齢化に伴う量的整備が課題とする意見への肯定的回答比率が高い(都市部67%、郡部83%)。地域力低下は都市部のコミュニティの弱体化が意識されたのか都市部も郡部も肯定的回答は86%だが、思うと強く肯定する回答の率は郡部の方が高い(都市部24%、郡部42%)。低所得者が多くサービス利用困難という意見に対する肯定的見解については、都市部は半数程度だが郡部は2/3程度である(都市部52%、郡部66%)。地域財政厳しく財政の持続可能性が課題という意見への肯定的回答の比率についてはどちらも高いが特に郡部が高い(都市部81%、郡部95%)。地方財政の厳しさ

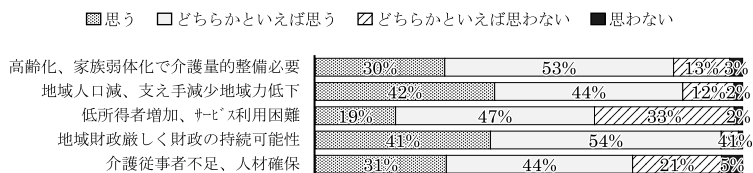


図Ⅱ-1 市町村アンケート：制度運営の課題（全体）



図Ⅱ-2 市町村アンケート：制度運営の課題（都市部）

出典：アンケート調査結果より筆者作成



図Ⅱ-3 市町村アンケート：制度運営の課題（郡部）

を反映しているものと思われる。介護人材不足は都市部、郡部ともに肯定的回答が3/4程度となっている（都市部76%、郡部75%）。

注

- （1） 芝田（2012-1）。この論考の作成にあたり関西大学経済・政治研究所財政・社会保障制度研究班の助成を受けた。
- （2） 制度創設の趣旨、経緯は堤氏（1999-1）、（1999-2）、増田氏（2003）などが詳しい。
- （3） 芝田（2012-2）P230

Ⅲ 国際比較と政策評価からみた介護政策の課題分析と「地域包括ケア」の課題

次に視点を変えて、国際比較と政策評価の代表的尺度から、日本の介護政策の特徴と課題を分析するとともに、近年目標として掲げられることの多い「地域包括ケア」の内容と課題について見てみたい。

1 介護政策の国際比較

次に視点を変えて、介護政策の国際比較から日本の介護政策の特徴と課題を分析してみたい。

要介護高齢者に対する対人福祉サービスの制度は国によって大きく異なる。日本は韓国とともにドイツをまねた社会保険方式の介護保険だが、運営主体は日本が市町村、ドイツは職種等で分立した介護金庫か、医療で民間保険に加入する者は同時に民間が提供する介護保険に加入する。韓国は国民健康保険公団（医療保険の保険者と同じ全国組織）である。これら3国は保険料を主な財源としているが、日本と韓国は税金も財源（日本は50%、韓国20%）に入っている。フランスは個別化自律手当だが、スウェーデン、イギリスとともに地方自治体が運営主体であり、財源は税が主体である。ただし、イギリスについては訪問看護という看護師が行う医療系サービスは国民保健サービス（National Health Service=NHS）という国が運営主体の制度で別に管理運営されている。

対象者については、日本は40歳以上だが65歳以上は原因を問わず要介護状態をカバーするのに対して、40歳～64歳は脳血管疾患、心臓、末期ガン等老人性疾患が原因の場合に限る。韓国も原則高齢者が対象だが、若年の老人性疾患も対象としている。フランスの個別化自律手当も60歳以上を対象にする制度である。これに対してドイツ、スウェーデン、イギリスは年齢を問わず要介護状態を対象とする。

対象者の要介護度は日本とスウェーデンは比較的軽度の要介護者も含むが、ドイツ、韓国、フランスは中重度の者を対象としている。65歳以上

表Ⅲ-1 各国の介護政策・高齢者福祉比較

	日本	ドイツ	韓国	スウェーデン	フランス	イギリス
高齢化 2008 → 2050	22.7% (2009) → 39.9% (2060)	20.2% → 32.5%	9.4% (2005) → 38.2%	17.6% → 24.1%	16.7% → 26.9%	16.0% (2007) → 22.9%
制度	介護保険			地方福祉	個別化自律 手当	社会サービス 国民保健サー ビス (NHS)
運営主体	市町村	介護金庫又 は民間保険 会社	国民健康保 険公団 (全 国 1 組織)	コミュニ ン (市)	県	福祉サー ビスは区又は 郡訪問看護 は NHS (国)
財源	保険料と税 (50%)	保険料	保険料と税 (20%)	税	2/3 県税 1/3 国庫 負 担・使用者 負担	税
対象	65 歳以上 40 歳-64 歳 は老人性疾 患原因に限 る	年齢問わず	高齢者 若年の老人 性疾患も対 象	障害者・高 齢者	60 歳以上	障害者・高 齢者
65 歳以上 受給者数 (対 65 歳以 上比率)	402 万人 (2010) (14%)	167 万人 (10.3%)	20 万人 (4%)	24.8 万人 (15%)	101 万人 *60 歳以上 (8%)	120 万人 (14%) * 福祉用具 提供者含む。 対人サー ビスは中重度 が主
対象者 要介護度	軽度者も 対象	中・重度者	中・重度者	軽度者も 対象	中・重度	中・重度が 主
現金・現物 給付	現物給付	現物・現金 給付選択可 能	現物中心 (現金はへき 地・病院付 添費)	現物給付	現物給付	現物給付 要介護者本 人、介護者 に現金手当
最重度者在 宅上限月額	要介護 5 35.8 万円	介護Ⅲ 過酷ケース 1918 ユーロ (21.7 万円)	1 級 114 万ウォン (11.4 万円)	—	1 級平均 982 ユーロ (11 万円)	—
自己負担	1 割 (上限 あり) 施設は食・ 居住費負担	部分給付 施設は食・ 居住費負担	在宅 15% 施設 20% 食費負担	年金一定額 手元に残る 上限あり	応能負担	福祉応能負担 看護 NHS 無料

出典：増田雅暢編著『世界の介護保障』法律文化社 (2008)、医療経済研究機構「ド
イツ医療関連データ集 2009」「スウェーデン医療関連データ集 2008」、国立
社会保障人口問題研究所『海外社会保障研究』167 号金貞任「韓国の介護
保険制度」161 号原田啓一郎「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」
169 号長澤紀美子「プレア労働党政権以降のコミュニティケア改革」等を
参考で作成。

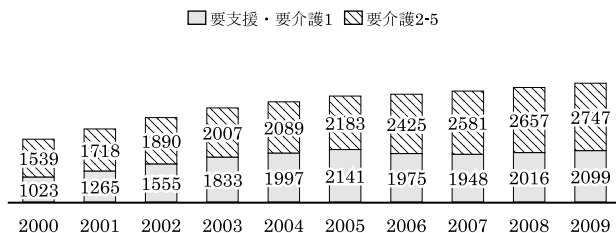
のサービス受給者については日本は402万人で65歳以上人口の14%、韓国は4%、スウェーデンの介護付き特別住宅とホームヘルパー利用者数の合計は15%、フランス8%、イギリスは表中は福祉用具・住宅改造の対象者も含むと120万人(14%)と広範囲なようだが2/3の自治体では4区分中重度の2区分のみをホームヘルパーなどの公費の対人サービスの対象としているようである。

日本、韓国、スウェーデン、フランスは現物の福祉サービスが中心であるが、韓国はへき地で介護事業者がいない場合と病院の付添手当は現金で給付される。ドイツは現物給付又は家族介護者への現金給付を選択できる。イギリスも現物福祉サービス中心だが、要介護者本人(65歳未満の障害者生活手当、65歳以上の付添手当)と介護している者(介護手当)への現金手当がある。

給付額を最重度者の在宅給付の月額で比較すると日本(要介護5)は上限で35.8万円、ドイツ(介護Ⅲ過酷ケース)21.7万円、韓国(1級)は11.4万円、フランス(GIR1)9.5万円と、日本は他の国に比べて上限額が高い。

自己負担については、日本は1割負担と施設入所の場合の食費・居住費負担がある。ドイツは年金給付とともにニーズに対応するという位置付けで部分給付であり、施設入所の場合居住費・食費の負担がある。韓国は在宅15%、施設20%負担で食事は施設・在宅ともに全額自己負担である。スウェーデン、フランス、イギリスは所得に応じた応能負担であるが、スウェーデンは自己負担の上限と自己負担徴収後年金のうち手元に残る額が定められている。フランス、イギリスは一定所得以上の場合自己負担が多く、負担ができなくなると社会扶助・所得補助(生活保護制度)で対応する。

ここからみられる日本の介護保険の特徴は、第一に対象者の程度が軽度者も対象としており広いということである。この点に関しては、2005年の改正でそれまでの要介護1を要介護1と施設に入所できず在宅サービスも上限額や内容に制限を設ける要支援2に2分するという部分的修正を行っており、軽度者の比率等は下がったが、広い範囲にサービスを提供し



図Ⅲ-1 要介護・要支援認定者数推移

出典：厚生労働省『介護保険事業報告』

表Ⅲ-2 軽度者（要支援-要介護1）の認定者全体に対する比率

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
軽度者 比率	39.9%	42.4%	45.1%	47.7%	48.9%	49.5%	44.9%	43.0%	43.1%	43.3%

出典：厚生労働省『介護保険事業報告』より筆者作成

ていることにはかわりはない（図Ⅲ-1、表Ⅲ-2）。これに対しては、介護要支援者の利用者負担を増加させたり、より介護予防効果のあるものに限定すべきという主張と、軽度者をサービスから外すことで早期の予防的対処が困難になるという反対論がある⁽⁴⁾。

他方、ドイツのように介護保険の対象を若年の障害者にまで広げることについては、政府はかつて障害者自立支援法（2005年）に基づく障害者自立支援制度を作った際に、①障害者に対する市町村における福祉基盤が介護と併用することで充実すること、②2号被保険者として20歳台や30歳台を取り込むことで保険料収入が拡大し財政が安定することという理由で将来的な介護保険との統合を目指すねらいがあった。

しかし、経済界（事業主）の2号被保険者が40歳未満に下がることによる負担拡大を恐れた反対論の他、障害者団体の一部から、障害者対策は国の責任として税財源の制度で保障すべきあり、抛出を求める介護保険制度とすることは国家責任の後退であるということ、応益負担や障害者の職業・社会への参加の手立てである授産施設における食費徴収は、高齢者と

違つて若くして障害となり高い所得や貯蓄の蓄積がない障害者にとって重い負担であり、障害者自立支援制度は障害者の権利を害することといった理由で障害者自立支援法の廃止を求める訴訟を起こし、同法の廃止をマニフェストに掲げていた民主党が政権につくと、障害者自立支援制度の将来的な廃止と新法の制定を内容とする和解が結ばれ訴訟は終了した。こうしたことから介護保険と障害者福祉制度の統合の可能性は当面少なくなったと思われる。

2 政策評価からの課題の分析

近年各省庁では自己の政策・事業の内容の評価が行われており、与党の事業仕分けでも政策評価・見直しの提言がなされている。その基準としては、①必要性 政策・事業の目的や政策自体が現状において行う必要があるのか。また国や公的行政が行う必要があるのか。民間に任せられないのかといった視点である。②有効性 その手段・手法でその政策目的が達成されるのか。③効率性 その手段・手法が政策目的・効果を上げるのに最も費用の少ない方法なのか。さらに介護保険制度のように長期的に給付と負担の増大が予想される制度には、④持続可能性 給付に応じた負担が可能なのか、制度が続けられるのか、といったことも議論される。

まず必要性については、かつては家族が主としてその負担を担っていたわけだが、表Ⅱ-2でみたように長寿化と医療の進歩で時に要介護期間は9-12年間に及び、表Ⅱ-3からⅡ-5でみたように家族構造の変化で子ども世代に頼れず、単独世帯や夫婦のみ世帯による老々介護が一般化する中では、特に中重度の要介護者に対しては社会で対応する必要性は十分に認められよう。

有効性を評価する時には、介護が単なる現給給付ではなく対人サービスであることからサービスの質が問題となる。また、老後生活の安心や家族の介護負担軽減を政策目的とした場合に、評価の基準が要介護者本人なのか、主たる介護者である要介護者の家族なのかで変わってくる。無論本人の尊厳ある介護を主体として考えるべきではあるが、社会的入院や施設入

表Ⅲ-3 京都市、神戸市の介護保険事業計画におけるアンケート調査結果

(京都市) 介護が必要になった場合に希望する介護の姿 (単数回答・高齢者一般)

1 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい	31.1%
2 家族に依存せずに生活できるような介護サービスを自宅で受けたい	18.6%
3 医療機関に入院して介護を受けたい	15.3%
4 自宅で家族中心に介護を受けたい	14.0%
5 不明・無回答	7.2%
6 特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けたい	7.0%

出典：京都市介護保険事業計画「高齢者の生活と健康に関する調査」(2011)

(神戸市) 高齢期の住まいとして希望する場所 (介護が必要なとき)

1 現在の住宅	33.6%
2 公的な高齢者向け住宅	11.3%
3 わからない	14.1%
4 特別養護老人ホームなどの老人福祉施設	10.9%
5 介護付き有料老人ホームやケアハウス	7.5%
6 病院などの医療施設	7.2%

出典：神戸市介護保険事業計画「高齢者一般調査」(2011)

所には家族の意向や、それを忖度した本人の遠慮が左右する場合が多い。多くの自治体の介護保険事業計画(2012-14年度)を策定する際に、高齢者等市民に対するアンケート調査を行っているが、多くは住み慣れた自宅でできる限り暮らしたいという意向を示している(表Ⅲ-3)。

効率性や持続可能性の観点からは、介護保険制度が利用者負担・税・保険料を財源としていること、表Ⅱ-10～Ⅱ-12で見たように介護需要は今後急速な増大が予想されること、医療・介護施設の入所者1人当たりのコストが一般病床では月129万円、療養病床が53万円～42万円、老人保健施設が37～32万円、特別養護老人ホームが地域により30万円前後かかること、一般病床や療養病床の高齢入院患者の30-50%は医療の必要が乏しい社会的入院患者がいるという推計⁽⁵⁾もあり、表Ⅲ-4で京都の療養病床を有する病院に行った調査(2006)でも条件が許せば在宅や施設で対応することが望ましいとする割合が医療療養(京都)で48.1%、介護療養

(京都)で35.3%いたことなどを考慮すると、病床数を抑え、在宅医療・在宅介護や居住系サービスに重点を置いた介護サービスの充実を行うことが望ましい。

これは単に効率性の問題だけではなく、表Ⅲ-5のように一人あたり

表Ⅲ-4 療養病床を有する医療機関、患者の対応が望ましいと考えている施設

	一般 病床	医療 療養	介護 療養	介護 老人 保健	特別 養護 老人 ホーム	有料・ 軽費 老人 ホーム	グループ ホーム	在宅	その他	無回答 不明
医療療養 (全国)	3.8%	52.1%	15.3%	15.9%	16.8%	5.0%	3.1%	12.0%	2.5%	0.9%
医療療養 (京都)	5.4%	24.5%	22.1%	14.7%	12.1%	2.2%	1.8%	15.4%	0.5%	1.4%
介護療養 (全国)	1.5%	14.1%	57.4%	15.8%	26.2%	3.5%	2.9%	5.0%	0.6%	0.5%
介護療養 (京都)	2.9%	22.1%	39.8%	9.3%	19.9%	1.4%	0.6%	3.6%	0.5%	0.0%

出典：厚生労働省「療養病床アンケート調査」2006年10月1日調査実施 2007年3月公表

注：全国の調査結果は複数回答となっているので、合計は100%を超える。

表Ⅲ-5 施設の月額報酬・自己負担・1人当たり床面積

	介護療養 病床	介護療養型 老人保健	老人保健 施設	介護老人 福祉施設	グループ ホーム	*登録高齢者住宅
月額報酬	41.6万円	37.2万円	31.9万円	29.1万円	28万円	介護サービス外付け 相談・緊急時対応の 管理人常駐
1人当たり 床面積 等 設備環境	6.4m ² 個室少ない	8m ² (大改 築まで 6.4m ²) 個室少ない	8m ² 個室少ない	10.65m ² 個室ユニッ ト2割	7.43m ² 個室	25m ² (共用スペース 有18m ²) 個室スペースあり 夫婦居住可能

出典：社会保障審議会介護保険部会及び介護給付費分科会資料より筆者作成

表Ⅲ-6 要介護度別施設サービス受給者の割合

要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1以下
31.4%	30.2%	22.0%	11.6%	4.8%

出典：厚生労働省『介護給付費実態調査』

6.4m²の床面積（ベッドしかあまり居場所がない）療養病床で、病院によっては「寝かせきり医療」を行うため本来なら回復したかもしれない日常生活能力が回復せず、認知症が進行する状況も見られるため、有効性やサービスの質の観点からも望ましいことと思われる。

また、特別養護老人ホームは安心ではあるがとりあえずの申込み者も含め全国で42万人の待機者がおり、一定の要介護度や一人暮らし等緊急性の高い者から優先的に入れている状況である。現在の入所者の要介護度をみると要介護2以下も16.4%（表Ⅲ-6）いることから、今後特別養護老人ホームの入所者については、より重度の者に限定するとともに、バリアフリー構造や緊急連絡対応等夫婦が一定の安心をもってともに暮らせ、個室でプライバシーが守られる高齢者向け住宅という選択肢も重要になると思われる。

また、在宅介護においても、国際的にみて対象が広い要支援などの軽度者は、掃除、炊事等の生活援助サービスを月に数度受けるケースが多い。2011年改正時の社会保障審議会介護保険部会⁽⁶⁾の検討でも東京都品川区の事例で要支援者に1回訪問介護で調理を行う費用が3,940円に対して、同区が行っている地域商店の配達を活用した配食サービスでは900円（うち450円利用者負担）で済んでいることが示されるなど、より効率的なサービス提供方法が考えられる。

これら比較的一般的な政策評価尺度の他に、介護保険は税財源が伴う以上、評価者の価値観が伴いがちではあるが負担能力のある者にはより負担してもらふべきとか、受給の必要性が高い低所得者の負担を軽減するべきといった「公平性」の観点も議論される。現行制度でも要介護者の属する世帯の所得に応じて保険料の軽減、1割自己負担の軽減措置、施設の居住費・食費の軽減措置が行われているが、施設入所とともに世帯分離をする本人の年金所得のみとなるため自己負担が軽減される制度の運用、並びに年金等フロー所得は低い金融資産・不動産等を保有している高齢者の自己負担の在り方について、市町村現場担当者が不公平感を感じることも多い。このような観点からの見直しも必要と思われる。

3 「地域包括ケア」の考え方と課題

(1) 「地域包括ケア」のイメージと市町村の評価

(a) 厚生労働省の推進方針の背景と内容

近年厚生労働省が目指そうとしている「地域包括ケア」とは、「ニーズに応じた住宅が供給されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域の体制」（地域包括ケア研究会（厚生労働省が三菱UFJリサーチ&コンサルティングに委託、田中滋氏を座長とする）報告書2009）とされ、おおむね30分以内にサービスが提供される中学校区を基本とする日常生活圏域内での提供体制の構築を目指すとされている。そしてこのようなサービスが24時間365日提供できるようにすることを理想としている。

このような構想を看板に掲げている背景には、第一にⅡやⅢの2でみたように、著しい高齢化の進行、高齢単独世帯の増加、認知症高齢者の増加の中で、介護・医療の需要爆発と介護の担い手の人材確保や財源負担の制約が予想され、制度の持続可能性に懸念が生じ、より効率的な体制として病院の入院より介護、施設よりは居住系サービスや在宅介護・在宅医療の整備が必要と考えていることがある。第二に認知症高齢者の中には自立度Ⅱのように見守りや成年後見といった介護保険制度本体のサービスとは異なるニーズが必要となっていることもあげられる。第三に高齢者の多くはできるだけ住み慣れた環境で長く住み続けたいというニーズをもっており（前述表Ⅲ-3）、効率性の観点だけでなく、要介護者本人にとっての尊厳を維持した有効なサービスを提供するためにも、住み慣れた地域で暮らすことを支援するサービス体制の充実が望まれることがあげられる。

厚生労働省は、この方向に進めるために、次の5つの視点で取り組みを進めるとしている。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

2006年から24時間往診や訪問看護ができる在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の制度を医療保険の診療報酬制度上創設し、点数を優遇することで普及を図るとともに、今後都道府県がつくる地域医療計画にも在宅医療体制の整備を記述するように指導している。

- ・介護職員によるたんの吸引等の医療行為の実施

2011年に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」で介護保険法を改正した中で、介護福祉士が一定の教育研修を受けることで一部で事実上行われていたたんの吸引等の医療行為を合法的に実施する道を開いた。

②介護サービスの充実強化

- ・市町村が3年ごとのサービス目標や施策を定める介護保険事業計画の策定時に日常生活圏域のニーズを調査し、それを計画内容に盛り込むよう指導している。
- ・特別養護老人ホームなどの介護拠点の緊急整備

待機者の多い施設の補正予算等による緊急整備を進めるとともに、地域に小規模のサテライト型施設を作ったり、そこをショートスティや配食サービスなどの在宅介護の拠点としても活用することを目指している。

- ・2011年の介護保険法改正で24時間対応の定時巡回・緊急時随時対応型の訪問介護サービスを訪問看護と連携して提供する新サービスを創設するとともに、地域密着型の小規模多機能型サービス（25名ほどの会員に顔なじみの関係で訪問介護・デイサービス・ショートスティ等のサービスを個人のニーズに応じて組合わせて提供するサービス）と訪問看護を同一事業者が提供する複合サービスを認め、介護と医療の両方のニーズに応えられるようにすることとしている。

③予防の推進

- ・できるかぎり要介護状態とならないように予防の取組みや自立支援型の介護を推進する。

④高齢期になって住み続けることができる高齢者向け住まいの整備（国土交通省と連携）

- ・国土交通省では2011年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律」を改正し、高齢者向け住宅と一定の基準に合う有料老人ホームをサービス付き高齢者向け住宅として登録できるようにした。この住宅は一定の居住面積とバリアフリー構造を持ち、居住者の相談や24時間の緊急対応サービスを提供することを基本とするもので、その他食事提供等の生活支援サービスをつけたり、提携した介護事業者により在宅介護サービスを提供することも可能としている。国庫補助・税制優遇・政策融資等で計画的な整備が進められている。

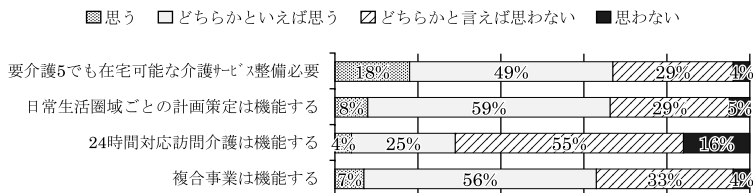
⑤見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護等

- ・見守り、配食等の様々な生活支援サービスと認知症高齢者の財産管理等権利擁護サービスの推進

見守り、配食等は介護保険の地域支援事業として1号被保険者保険料と公費を財源に総費用の2%の範囲内で実施できるようにするとともに、介護以外の老人福祉事業として公費（税財源）で実施している市町村もある。要支援等の軽度者の生活支援サービスの効率化と要支援との境界にある一人暮らし等の高齢者に切れ目なくサービスを受給するため、市町村の選択により軽度者向けの介護予防事業と地域支援事業を総合的に実施できるようにした。また、従来から市町村が身寄りのない認知症者のために成年後見の申立てをする費用や後見人の報酬費用の支援等の事業には、老人福祉事業として一部国が補助を実施している。

(b) 市町村アンケートの評価

2011年に行った市町村アンケートで地域包括ケアに関する構想の評価を聞いたところ、要介護5でも在宅可能な介護サービス整備が必要という構想の趣旨に関する問いには67%が肯定的意見（そう思う＋どちらかといえばそう思う）であり、日常生活圏域ごとの計画策定（67%）、複合事業（63%）については肯定的意見が多かったが、24時間対応訪問介護は機能するかという問いについては、2006年から導入された夜間対応訪問



図Ⅲ-2 市町村アンケート：地域包括ケアに関する評価

出典：アンケート調査結果より筆者作成

介護がほとんど普及しなかったことの影響か、29%しか肯定的な意見はなかった。

(2) 地域包括ケア実現に向けた課題——介護と福祉の狭間——

地域包括ケアは進むべき方向ではあると考えるが、前途には課題が多い。

- ①医療との連携強化については、厚生労働省の診療報酬のフォローアップ調査によると、2010年7月在宅療養支援診療所は12,487か所、在宅療養支援病院は331施設が登録されているが、2010年度中に緊急時に往診したことがない同診療所は17.5%、同病院は23.9%におよび、在宅で看取り（死亡に立ち会うこと）を行ったことがない同診療所は39.1%、同病院は32%に及ぶなど内容が伴っていない状況である。また、訪問看護も病院との看護師の取り合いで思うように看護師の確保ができていない状況にある。
- ②介護サービスの充実については、第5期の計画では24時間対応の定時巡回・随時対応訪問介護サービスを2014年度（計画最終年度）時点で採用予定の保険者は330（全保険者1580中の20.9%）、利用者数も1.7万人／日（訪問介護全体148万人／日に対して1.1%の大きさ）にとどまっている。また、複合サービスも234保険者（14.8%）、利用者数0.8万人にとどまっている。新サービスの普及はあまり早くないようである。
- ③予防の推進は無論必要なことであるが、要支援に至らない者の中から要支援・要介護になるリスクの高い者を選定し、二次予防事業（リスクの

高い者への栄養・運動指導等）へ参加させる事業は、健診等による対象者把握に事業費の半分を費やし、予防事業への参加は低い状況にある。このため、コストのかかる健診ではなく、日常生活圏域での聞き取り調査等による把握に転換することや、住民どうしの健康づくり運動を活用する事例やきめ細かく目標を本人と共有して自立度を高めている埼玉県和光市のような成功事例をもとに、より効率的で有効な事業の推進が課題となっている。

- ④高齢者向け住宅の整備は、国土交通省の方で事業の推進が始まっているが、関西6府県の介護事業支援計画や大阪市・京都市・神戸市の介護保険事業計画を見たところ、抽象的に高齢者向け住宅の整備が課題として挙げられているが、具体的な整備目標を掲げているのは阪神淡路震災以降公営住宅等を活用した高齢者サービスを進めている兵庫県・神戸市だけであった。今後、その連携具合を調査したい。また、既存のサービス付き高齢者住宅では家賃と緊急対応サービスの負担で10万円を超え、厚生年金受給者でないと利用が難しいといわれているが、その実態についても今後調査したい。

- ⑤多様な生活支援サービスや権利擁護については、介護予防事業と地域支援事業の総合的な実施には、要支援に至らぬ者への生活支援サービスの負担が増えることを懸念してか二の足を踏む市町村が多いようである。

見守りや買い物支援などの生活支援サービスについては、都市や団地におけるコミュニティの崩壊とともに、2009年時点で東京23区の孤独死が2,194人（東京都監察医務院「事業概要」）、都市再生機構（旧公団）の住宅内の孤独死が665人（（独）都市再生機構調べ）となるなどの状況や過疎地での限界集落での高齢者の買い物難民状況等がある。これらの状況を踏まえ、厚生労働省社会・援護局では2009-2010年度から安心生活創造事業をモデル的に全国58の市区町村で実施し、老人に限らず、障害者や若年の引きこもりも含めて対応している。この事業は、①市町村の調査、地域住民組織やボランティアを活用して、一人暮らし高齢者等支援対象者を漏れなく把握する、②地域包括支援センターや各種行政

の総合相談窓口の設置、地域組織、有償も含めたボランティアの活用、新聞・郵便等事業者との提携、商店を活用した配達サービス等により漏れなく基盤支援（見守り・買い物）対象者をカバーする体制を作る。③事業の財源として税等の公費財源や利用者負担だけでなく、提携事業者の登録・広告の代償としての協賛金、都会で別に暮らす家族への定期的状況報告等をからめたふるさと納税、寄付募集の試み等安定的な地域の自主財源の確保に取り組むこと、を3つの柱として事業を進めている。

このように、生活支援サービスや成年後見等の事業の効率的推進には、民間・自治会・NPO・ボランティアも活用した仕組みづくりが必要であり、介護本体とは別の地域福祉基盤の強化や財源の確保が必要になる。

註

- (4) 社会保障審議会介護保険部会「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」2011年11月30日
- (5) 印南（2009）pp.109-110では一般病床入院中の高齢者の1/3（17万人）、療養病床入院中の高齢者の1/2（15万人）が社会的入院と推計している。
- (6) 社会保障審議会介護保険部会（2010年8月23日）資料

IV 介護保険の課題（上）の小括と、（下）に向けた研究方針

Ⅱで見たように介護保険制度創設より12年でその対象者・事業規模は急速に発展し、制度の定着と要介護者の家族負担軽減などについて一定の評価が得られている。しかしながら、2025年及びそれを超えて進む高齢化や団塊の世代の後期高齢年齢の到達で、要介護認定者や認知症高齢者は今後さらに倍以上に増加し、介護需要や見守り・成年後見等のニーズは急速に増加する一方、介護人材の確保や少子化による現役世代の負担感の増大で持続可能性に注意信号が点灯している状況である。

Ⅲで見たように、日本の介護保険制度は対象が軽度者に及ぶなど対象者の範囲が広く、給付水準も国際的にみて高い水準にある。こうした中で拡

大するニーズ（必要性）に対応して、介護者本人の尊厳の維持という有効性と効率性を追求した体制に、医療・介護を含めて改革していく必要がある。その意味で厚生労働省が掲げる「地域包括ケア」は目指すべき方向のように思えるが、Ⅲ 3 (2) で述べたように多くの課題も存在し、その実現の目途が立っているとは言い難い状況にある。

今後、秋に関西市町村を対象に、「地域包括ケア」の抱える課題の中の高齢者向け住宅の整備と介護事業との連携、多様な生活支援サービスを効率良く提供する取組みの状況等について、アンケート調査や先進自治体のヒアリング調査を通じて、現状における課題と解決の方向性を追求し、何らかの提言を「介護保険の課題（下）」として取りまとめることを、今年度後期の目標としたい。

[参考資料]

池上直己「医療療養病床は増えることはあっても減ることはない」月刊／保険診療通巻 1418 号（2007）

池田省三『介護保険論——福祉の解体と再生』中央法規出版（2011）

印南一路『「社会的入院」の研究——高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社（2009）

岩本康志・福井唯嗣「医療・介護保険への積立方式の導入」『フィナンシャル・レビュー』第 87 号（2007）

沖藤典子『介護保険は老いを守るか』岩波新書（2010）

鏡論編『総括・介護保険の 10 年～2012 年改正の論点』公人友の会（2010）

里見賢治「介護保険の 10 年と 2011 年改定の動向」賃金と社会保障 No.1535（2011）

芝田「介護保険制度創設より 10 年間の足跡の評価と今後の課題——関西地方町村担当者のアンケートを参考に——」関西大学経済・政治研究所『研究双書』第 153 刷「社会保障と財政を考える」（2012-1）に所収

芝田『社会保障政策』嵯峨野書院（2012-2）

鈴木亘『社会保障の「不都合な真実」——子育て・医療・年金を経済学で考える』日本経済新聞出版社（2010）

高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社（2012）

堤修三「介護保険の基本理念」『順天堂医学』45(1)（1999-1）

堤修三「介護保険創設のねらい」『日本臨床生計外科医学誌』24 巻 3 号（1999 年-2）

堤修三『介護保険意味論——制度の本質から介護保険のこれからを考える』中央法規出版（2010）

堤修三「介護保険は持続可能か——次期制度改正を巡る議論を振り返って」『社会保険旬報』No.2457（2011）

増田雅暢『介護保険見直しの争点——政策過程からみえる今後の課題』法律文化社（2003）

結城康博『介護 現場からの検証』岩波新書（2008）

吉岡充・村上正泰『高齢者医療難民——介護療養病床をなぜ潰すのか』PHP新書（2008）